FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edgard BABIAUD

Né le 13 mars 1884 à La Couarde-sur-Mer (Charente-Inférieure).

PROCÉDÉ NOUVEAU

d'Exentération complète de l'Orbite

dans les cas de tumeurs malignes diffuses.

Président : M. DE LAPERSONNE, *Professeur.*

PARIS

JOUVE ET Cie

IMPRIMEURS ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Paratisologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En reconnaissance de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour me permettre de faire mes études médicales.

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique

à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A la fin de ses études médicales, on a coutume de remercier les maîtres éminents dont la science et le dévouement nous ont fait ce que nous sommes. C'est avec une grande joie que nous accomplissons ce devoir.

Nous avons gardé un excellent souvenir de notre première année, non pas seulement parce qu'elle fut celle de nos premiers étonnements en médecine, mais parce que nous avons été guidé avec tact et délicatesse par M. Faisans et M. Routier. C'était alors l'heureux moment où l'on portait un titre sonore et plein de promesses. « Vous êtes bénévole, nous disait en nous recevant dans son service notre maître de l'Hôtel-Dieu, rappelez-vous que cela veut dire homme de bonne volonté ». Recommandation bien inutile du reste, car il eut été difficile de ne pas faire preuve de bon vouloir avec un maître comme le docteur Faisans.

Il nous est très agréable de dire à M. Lejars et à M. Siredey tout notre dévouement et notre reconnaissance pour l'excellente année passée comme stagiaire dans leurs services.

Nous n'oublierons jamais notre première année d'externat à la Charité, dans le service de M. Campenon.

C'est chez M. Rochon-Duvignaud, à Laënnec, que

nous avons commencé nos premières études ophtalmologiques.

Nous sommes heureux de pouvoir lui dire ici notre grande reconnaissance pour toute la sollicitude dont il nous a entouré.

Nous remercions aussi le Docteur Kalt d'avoir bien voulu nous accepter comme assistant dans son service à l'Hospice National des Quinze-Vingts. Nous profitons encore de sa grande expérience clinique qu'il nous prodigue sans compter.

De notre dernière année d'externat chez M. Dupuy-Dutemps, nous garderons le meilleur souvenir.

Nous remercions affectueusement notre maître de l'influence considérable qu'il a eue sur nous. Si nous n'avons pas appris tout ce que nous savons, dans son service, du moins avons-nous mis au point toutes nos connaissances. C'est lui qui nous enseigna à examiner complètement un malade, et que de fois n'a-t-il pas eu l'occasion de nous montrer que, pour la grande majorité, les diagnostics se font facilement si l'on examine son malade avec méthode et avec soin. Notre maître Dupuy-Dutemps a mieux fait que d'augmenter nos connaissances modestes en ophtalmologie ; il nous a enseigné à être méthodique et nous lui en serons toujours reconnaissant.

HISTORIQUE.

Le sujet de notre thèse nous fut donné par M. Dupuy-Dutemps à propos du malade de l'observation IX qui revient très docilement dans le service tous les deux mois environ. Ce n'est pas sans un grand plaisir qu'on le revoit chaque fois, car ce malade opéré par MM. Faix et Dupuy-Dutemps d'une tumeur très maligne de l'orbite en avril 1909, ne présente pas trace de récidive en mai 1910, c'est-à-dire plus d'un an après l'opération.

Les tumeurs malignes diffuses de l'orbite, surtout lorsqu'elles ont envahi les parois osseuses, sont d'un pronostic extrêmement grave, malgré les grands progrès réalisés dans la chirurgie orbitaire, grâce à l'asepsie et aux perfectionnements des différentes techniques chirurgicales.

Les résultats des premières interventions sur l'orbite furent plutôt décevants quand il s'agissait de néoplasmes. Si l'on consulte les premiers travaux faits sur la question (1) on voit que le chirurgien après avoir opéré un « cancer de mauvaise nature »,

(1) Dugenet. — Thèse Paris, 1852.

enlève les caillots sanguins du pansement, les détritus purulents, de manière à surveiller exactement le travail de cicatrisation et à s'opposer, si faire se peut, à le répullulation du mal.

On ne songe qu'à la récidive et à l'enrayer par l'application de multiples caustiques.

Bogros (1) qui a fait une thèse très intéressante sur ce sujet, arrive à cette navrante conclusion, après avoir exposé 4 observations, toutes suivies de récidive rapide et de mort : « Un point pratique des plus importants se présente à l'esprit. Si la thérapeutique ne nous fournit des moyens d'empêcher une terminaison aussi redoutable, la chirurgie offre-t-elle une chance plus grande de salut? Les résultats donnés par les observations me forcent de dire une réponse négative. Dans toutes, en effet, on voit que la maladie a récidivé et s'est terminée par la mort, ou que le chirurgien se contente de dire : le malade est sorti guéri pour le moment. Si bien, qu'un grand nombre de praticiens ont renoncé à toute opération en pareil cas ». M. Jobert de Lamballe, dit Demarquay, possède un cas de cancer de l'orbite opéré 9 fois.

Il faut arriver à 1886, année où Krönlein érigea en méthode l'ablation temporaire du triangle osseux orbitaire externe pour constater un grand progrès dans la technique opératoire de l'exentération et une grande amélioration dans le pronostic des tumeurs de l'orbite.

« L'avantage du procédé de Krönlein, dit Lagrange, est de permettre au chirurgien de se rendre compte

(1) Bogros. — Thèse Paris, 1854.

d'une façon plus nette, si la tumeur orbitaire qu'il veut traiter est en dehors ou en dedans de l'entonnoir aponévrotique. »

Le professeur Rollet propose au point de vue opératoire la classification des cancers de l'orbite en tumeurs diffuses et tumeurs encapsulées; cette distinction, ajoute-t-il, est du reste très juste aussi au point de vue pronostique.

Lorsque le néoplasme est limité, encapsulé, lorsqu'il présente une indépendance nette dans la masse du tissu sain rétrobulbaire, tous les auteurs sont d'accord pour lui accorder un pronostic opératoire relativement bon. Mais pour les cancers diffus, au contraire, on en revient presque au pessimisme d'autrefois et nous ne pouvons nous empêcher de citer à ce sujet l'opinion toute récente du professeur Rollet (1) : « Les cancers diffus se reconnaissent sous le doigt, et le pronostic se dessine. On croirait à des cancers récidivés ou secondaires, à des tumeurs de l'œil ou des sinus.

« Je me déclare très pessimiste pour ces tumeurs, quelle que soit l'intervention pratiquée : que l'on abatte la paroi externe de l'orbite, que l'on enlève l'œil, que l'on éxentère. Les succès sont rares; j'en connais un personnel chez une femme de 29 ans; les récidives rapides sont la règle ».

Or, c'est précisément pour les cancers diffus, à point de départ dans les glandes, les sinus ou la peau avoisinant l'orbite, que nous proposons un nouveau mode opératoire.

---

(1) Rollet. — Pronostic des cancers primitifs de l'orbite, Archives d'opht. mai 1910.

Il ne sera donc, dans ce travail, nullement question des tumeurs encapsulées du fond de l'orbite, des fibromes, des ostéomes, des angiomes ou des tumeurs localisées au nerf optique, mais uniquement des néoplasmes orbitaires diffus, à point de départ externe ou rétrobulbaire.

Tous les auteurs sont d'accord pour l'exentération dans les cas de tumeurs diffuses et tous les procédés opératoires n'ont qu'un seul but : extirpation de toute la masse orbitaire en un seul processus autant que possible et enrobée dans le périoste.

On ne peut, dit Fuchs, interrompre le processus néoplasique que par l'extirpation aussi prompte, aussi radicale que possible, et alors même que l'œil a conservé son acuité visuelle, il ne faut pas hésiter à le sacrifier, car si à la suite d'une extirpation très étendue, le globe oculaire doit être dénudé, il se perd ultérieurement par suppuration.

Richet est aussi catégorique : « Lorsqu'il s'agit d'une tumeur maligne encore assez circonscrite pour que l'opérateur puisse espérer dépasser les limites du mal, la question ne se pose pas en général de savoir si on peut oui ou non conserver l'œil ; la question est presque toujours de savoir si on peut oui ou non sauver la vie du malade, et l'opération indiquée est en pareille circonstance l'exentération de l'orbite ».

PROCÉDÉS CLASSIQUES D'EXENTÉRATION DE L'ORBITE

Nous exposerons tout d'abord les procédés déjà en usage.

Les deux procédés classiques d'exentération sont les suivants :

1° Exentération sous périostée.

2° Exentération sous conjonctivale.

Dans ce chapitre, nous ne ferons que résumer la description qu'en donne Lagrange dans son traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes. Nous ne croyons pas devoir insister, car ces deux procédés sont très connus et on les trouve décrits dans tous les livres classiques de médecine opératoire oculaire.

A. — *Exentération complète sous périostée*

Cette opération comprend 4 temps :

1° *Débridement des paupières.* — Une canthotomie allant jusqu'au rebord orbitaire externe donne un jour suffisant.

2° *Incision du pourtour orbitaire.* — On incise

jusqu'à l'os tout le cercle conjonctival qu'on trouve à la base de l'orbite.

3° *Décollement du périoste.* — Avec une rugine, on décolle tout le périoste de l'orbite. Il convient d'appuyer doucement au niveau de la voûte orbitaire pour ne pas fracturer la base du crâne.

4° *Section du pédicule.* — On peut soit placer une forte pince hémostatique au sommet de l'orbite et sectionner le pédicule en avant de la pince, soit se servir d'une anse galvano-caustique portée au rouge sombre. Ce dernier procédé, pratique et élégant, fut la première fois mis en œuvre par Lagrange.

L'opération une fois terminée, on met un pansement compressif après avoir tamponné doucement la cavité.

B. — *Exentération sous conjonctivale.*

Ce procédé diffère du précédent, en ce que la conjonctive oculaire est conservée tout entière.

On commence l'opération comme pour enlever le globe de l'œil, en libérant la conjonctive bulbaire sans toucher aux muscles; cette conjonctive est fendue en dehors et en dedans, de façon à pouvoir former deux lambeaux correspondant : l'un à la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure. Ces lambeaux conjonctivaux sont ensuite relevés chacun avec la paupière correspondante et l'exentération faite comme précédemment.

Cette conservation de la conjonctive joue, dans ce cas, le rôle de greffes et de clôture plastique.

NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXENTÉRATION COMPLÈTE DE L'ORBITE

Ce procédé nouveau d'exentération, imaginé par le Docteur Faix, alors qu'il était interne des hôpitaux de Paris, fut mis en œuvre par lui pour la première fois le 15 avril 1908.

Sur la recommandation du Docteur Dupuy-Dutemps, nous sommes allé voir le Docteur Faix actuellement chirurgien à Tours et chef des travaux de médecine opératoire à l'École de cette ville. Nous ne pouvions être mieux renseigné qu'en allant à la source même. Le Docteur Faix fut pour nous d'une obligeance sans égale et nous sommes heureux de pouvoir lui dire ici toute notre reconnaissance.

A l'amphithéâtre de l'École de Tours, il fit, avec nous comme aide, de nombreuses démonstrations pratiques de sa technique opératoire vraiment séduisante.

Nous avons fixé sur des clichés photographiques les différents temps de l'opération, car nous estimons que pour la description d'un procédé chirurgical, l'image est indispensable et vaut mieux que de longs

discours. La netteté des préparations anatomiques rend tout schéma inutile.

L'opération comprend quatre temps.

1° Incision cutanée et mobilisation des parties molles.

2° Section osseuse.

3° Exentération de tout le contenu orbitaire d'arrière en avant.

4° Clôture plastique de l'orbite.

Premier Temps.

Incision cutanée et mobilisation des parties molles

(Fig. I et II)

Avec le bistouri, on suit le rebord orbitaire supérieur, l'angle interne, le rebord orbitaire inférieur, en pénétrant du premier coup jusqu'à l'os. Les deux incisions courbes viennent se rejoindre un peu en dehors de l'angle externe. Au point de leur réunion, on trace une incision horizontale de 3 centimètres environ qu'on pourra prolonger ultérieurement s'il y a utilité à se donner plus de jour. Il faut enfoncer profondément le couteau au niveau de la jonction des deux incisions courbes, car ce point correspond à la partie supérieure de la fosse zygomatique. Cette section profonde a son importance; elle permet d'écarter plus facilement et plus rapidement les tissus graisseux et musculaires qui tapissent cette région, c'est-à-dire le prolongement de la boule graisseuse de Bichat et le muscle temporal.

Fig. 1. — Tracé de l'incision.

Limites de la section osseuse.

Fig. 2. — Les rebords orbitaires ont été ruginés largement, pour bien mettre en évidence les paupières libérées qui constituent la base du cône orbitaire.

PLANCHE 2

Contenu de l'orbite

Fig. 3. — Le volet osseux a été sectionné et rabattu en avant et en dedans. Sous la traction de la pince on voit se tendre le contenu de l'orbite.

L'incision cutanée a la forme générale d'une raquette (fig. I). Elle comprend les paupières, car dans presque toutes les observations qui suivent, nous voyons que les paupières sont atteintes. Si toutefois elles sont complètement indemnes, il est inutile de les englober dans l'incision, et pour une tumeur cancéreuse diffuse du fond de l'orbite par exemple, on fera une incision en Y n'intéressant les paupières que dans leur moitié externe.

Cette section cutanée une fois accomplie, on écarte les lèvres de la plaie et il faut avoir soin de ruginer jusqu'à l'os. La figure II exprime cette fin du premier temps opératoire. On voit nettement apparaître le bord externe, saillant de l'orbite, formé par les apophyses orbitaires du frontal et du malaire. La partie supérieure de la fosse zygomatique est également mise à nu, permettant d'aborder la moitié antérieure de la paroi orbitaire externe.

Toute la base du cône orbitaire se trouve donc isolée complètement, circonscrite par une incision circulaire qui a suivi les rebords orbitaires.

Ce premier temps de l'opération est rapidement exécuté, et c'est à peine si l'on a deux ligatures à faire au niveau de la fosse zygomatique par suite de la section de la temporale superficielle et au niveau de l'angle interne, où l'angulaire se trouve fatalement coupée.

Deuxième Temps.

Section osseuse (fig. II et III).

L'os étant bien mis à nu, le chirurgien récline la peau et le périoste avec un écarteur confié à un aide.

On sectionne l'os à un centimètre et demi au-dessus et au-dessous de la commissure externe osseuse. La section supérieure se trouve par suite un peu au-dessus de la suture fronto-malaire qu'il est aisé de reconnaître; la section inférieure correspond à peu près à la base de l'apophyse orbitaire de l'os malaire.

Par petits coups légers, avec le ciseau et le maillet, on libère la moitié antérieure de la paroi externe de l'orbite. Cette cloison osseuse assez mince cède facilement; aussi faut-il avoir soin de tenir son ciseau tourné, le tranchant vers l'orbite, et dirigé d'arrière en avant, pour éviter qu'une échappée ne fasse pénétrer le ciseau dans la boîte crânienne. On saisit alors avec une pince, en le prenant par le bord orbitaire, le volet osseux détaché, et on le mobilise en avant et en dedans.

Cette section osseuse est aussi facile et encore plus rapide que l'exécution du premier temps de l'opération.

PLANCHE 3

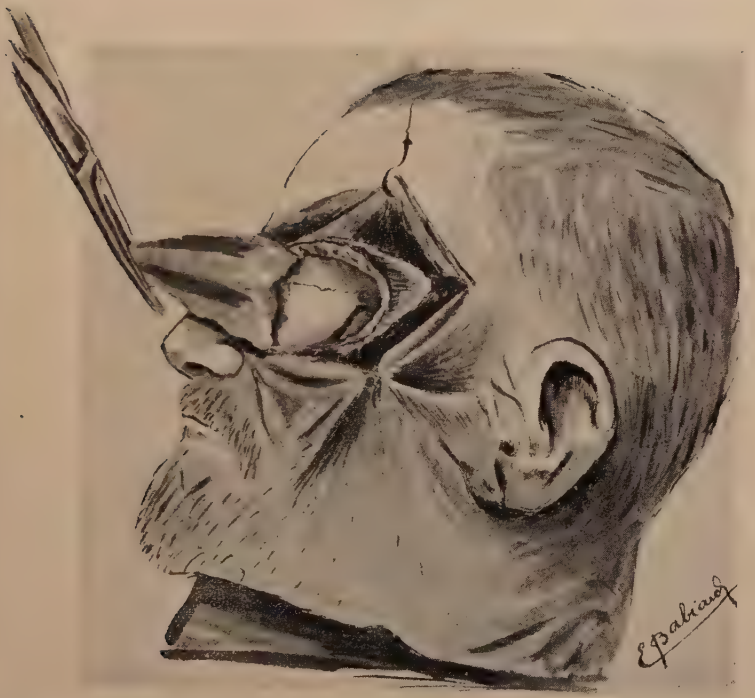

Fig. 4. — Le sommet du cône orbitaire a été sectionné et rabattu en avant et en dedans. L'orbite apparaît proprement ruginé.

PLANCHE 4

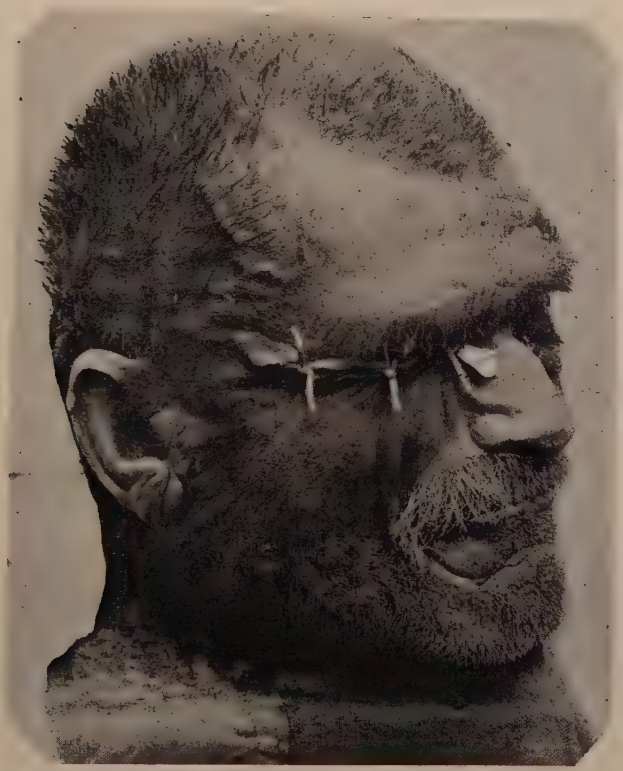

Fig. 5. — Les points de suture ont rapproché les lèvres de l'incision. Sur le côté interne on voit passer la mèche de gaze qui draine la cavité orbitaire.

Troisième Temps.

Exentération d'arrière en avant (fig. IV)

La mobilisation du volet osseux met à nu le contenu de l'orbite. En opérant des tractions avec la pince qui tient ce volet osseux, on voit se tendre le cône orbitaire (fig 3). Cette tension vient faciliter la manœuvre qui consiste alors à décortiquer avec une rugine toute la masse orbitaire.

Cette décortication doit être faite avec soin et légèrement; avec soin, car il importe de laisser au contenu de l'orbite toute sa gangue de périoste; légèrement, pour ne pas fracturer la paroi osseuse supérieure qui présente avec la paroi interne une fragilité particulière dangereuse.

Avec un ciseau courbe, on sectionne le sommet du cône orbitaire saisi dans une pince. La section achevée rapidement avec la pince, on fait basculer en dehors le contenu de l'orbite et on achève avec la plus grande facilité l'exentération d'arrière en avant.

La section du pédicule peut être faite avec l'anse galvano-caustique, suivant en cela un procédé préconisé par Lagrange.

On s'assure que les différentes parois de l'orbite ne sont pas envahies par le processus néoplasique; dans ce cas, en effet, il faudrait les détruire. Les délabrements osseux peuvent aller très loin sans préjudice pour le pronostic opératoire. Nous en reparlerons plus loin, à propos du procédé de Golowine.

Quatrième temps

Clôture plastique de l'orbite (Fig. V.)

Avant de mettre les points de suture, on mobilise les lambeaux pour faciliter la réunion. Le lambeau inférieur surtout sera mobilisé (peau et tissu cellulaire sous-cutané).

Le lambeau supérieur, au contraire, sera très discrètement disséqué pour éviter l'abaissement du sourcil après cicatrisation. Le bord orbitaire supérieur est abrasé à la pince gouge, pour permettre aux téguments de glisser plus facilement.

Les points de suture sont alors placés de dehors en dedans.

L'aide aura soin de rapprocher fortement les lambeaux.

On laisse dans la partie interne un pertuit par où passe l'extrémité de la mèche qui comble l'orbite et qu'on enlève au bout de 3 ou 4 jours.

Si les lèvres des deux incisions courbes ne peuvent être amenées au contact par les sutures, on peut à la rigueur abandonner la plaie au bourgeonnement, mais encore faut-il pouvoir surveiller attentivement les pansements.

Il est plus prudent toutefois de recourir à une clôture plus esthétique au moyen de greffes.

Cette clôture plastique sera naturellement faite, lorsqu'on n'aura pas à redouter les récidives, ce qui est du reste assez rare dans le cas surtout de tumeurs

diffuses. On aura recours, suivant ses préférences personnelles aux différents procédés qui ont été conseillés successivement par Kuster, Busachi, Noorden, Romano-Catania, Golovine.

Cette digression nous entrainerait trop loin de notre sujet, et dans le traité du Docteur Lagrange, p. 534, on trouve decrits ces différents procédés de clôture plastique orbitaire.

COMPARAISON DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS EMPLOYÉS EN CHIRURGIE ORBITAIRE.

Pour être complet, nous appellerons l'opération du docteur Faix : *Exentération totale de l'orbite, d'arrière en avant, avec Krönlein permanent.*

Nous n'avons trouvé dans la littérature chirurgicale concernant l'exentération orbitaire, aucune description qui présentât quelqu'analogie avec le nouveau procédé.

Nous ne voulons pas dire pour cela que tout est nouveau dans la technique opératoire.

L'incision cutanée en Y couché horizontalement, nous la trouvons en effet dans l'opération préconisée par Gangolphe et qu'il désigne, sous le nom de résection du trépied orbitaire.

La résection de la paroi orbitaire externe, mais c'est tout simplement l'opération de Kronlein, avec cette différence toutefois que la résection osseuse n'est pas temporaire, mais définitive.

La résection osseuse définitive, nous la retrouvons également dans l'opération de Gangolphe.

Par contre, ce qui est complètement original, *c'est*

la mobilisation du volet osseux en avant et en dedans, c'est surtout l'exentération en un seul bloc de tout le cône orbitaire D'ARRIÈRE EN-AVANT, et c'est là le point capital sur lequel nous allons insister.

AVANTAGES DE LA TECHNIQUE NOUVELLE SUR LE PROCÉDÉ CLASSIQUE D'EXENTÉRATION.

Les descriptions de l'exentération classique arrivent toutes à décrire de façon analogue à Lagrange la dernière phase de l'opération : « Le périoste, une fois détaché, l'opérateur a dans la main un cornet fibreux contenant tous les tissus et tous les organes de l'orbite : globe de l'œil, muscles, vaisseaux, nerfs, glandes et tissu graisseux. Le sommet de ce cornet seul adhère, et le quatrième temps de l'opération consiste à sectionner cette adhérence, ce pédicule » (Lagrange).

A la vérité, si l'on pouvait toujours opérer aussi nettement dans les cas de tumeurs malignes diffuses, il eut été parfaitement inutile de venir proposer un mode opératoire nouveau d'exentération orbitaire.

Mais, dans la pratique courante, cela se passe-t-il toujours ainsi? Nous ne le pensons pas, si nous en jugeons par les quelques exentérations que nous avons vu pratiquer et si nous en croyons surtout l'expérience autorisée de notre maître Dupuy-Dutemps.

Il est connu, dit Golovine, que l'exentération de

l'orbite est une des opérations les plus graves et les plus désagréables de la chirurgie oculaire. Nous ne savons pas s'il existe des opérations qui sont agréables à proprement parler (le terme ne ferait peut-être pas sourire certains malades), mais ce que nous savons à coup sûr, c'est que l'exentération pratiquée par le procédé classique n'est ni élégante, ni propre, ni *sûre*.

Il est très malaisé de travailler avec la rugine dans le fond de l'orbite; il y a presque nécessité de plonger le doigt entre la masse orbitaire et les parois pour surveiller les progrès de l'instrument. Ce doigt écrase les tissus qui viennent se loger avec peine déjà dans l'orbite, d'autant qu'il y a néoformation. Ce n'est pas un cône fibreux que l'on retire le plus souvent, mais une masse de tissus dilacérés, qu'il faut arracher du fond de l'entonnoir orbitaire, morceaux par morceaux.

Est-ce vraiment chirurgical cela? Non.

En chirurgie générale, ce n'est pas ainsi que l'on procède avec les cancers. L'idée qui préside à toute intervention sur les tumeurs malignes est d'énucléer ces tumeurs sans les ouvrir, dans une robe de tissus sains et cela le plus complètement possible. Les néoplasmes du sein, de l'utérus sont enlevés largement; on ne voit même pas la tumeur au cours de l'opération. Certains chirurgiens vont jusqu'à changer de bistouri lorsqu'ils ont pénétré dans la masse cancéreuse. Cette prudence est d'ailleurs très justifiée et ne vise qu'à éviter l'*ensemencement* de la tumeur.

Il faut donc être très propre et très large

« C'est être prodigue de la santé de son malade

que d'être trop économe dans l'exérèse » dit Faix à propos de l'intervention.

« L'exérèse chirurgicale doit être aussi large que possible, et toute économie mal entendue est une porte ouverte à la repullulation dans les tumeurs de l'orbite qui semble alors fatale, malgré la fulguration » (Trousseau .

Le nouveau procédé d'exentération qui fait le sujet de cette thèse, ne vise pas à obtenir une évacuation plus complète du goufre orbitaire, mais tout simplement à faciliter l'opération, à la rendre plus propre, plus radicale, plus efficace. Or, le pronostic opératoire d'une tumeur de l'orbite sera d'autant meilleur que l'intervention aura été plus complète et que la masse néoplasique aura été enlevée intacte, non dilacérée.

En analysant les différents temps de l'opération du docteur Faix, nous allons pouvoir exposer les précieux avantages que présente cette nouvelle technique opéraoire.

Tout d'abord, l'incision en raquette permet d'encercler facilement les paupières, qui sont souvent le point de départ du néoplasme qui a envahi l'orbite. Cette incision supprime donc les paupières, et ultérieurement rend possible une clôture quand l'exentération est terminée : ce sont là deux avantages appréciables.

La mobilisation de la paroi osseuse externe *en avant et en dedans* permet une exploration facile du contenu orbitaire. Elle peut également réserver parfois d'agréables surprises. Si l'on se trouve en présence d'une tumeur encapsulée nettement, il ne

reste qu'à l'énucléer, en conservant l'œil.

On ne fait pas le diagnostic d'une tumeur encapsulée ou diffuse, quand elle est uniquement rétrobulbaire, et quand on commence l'opération, il n'est pas dit qu'on en arrivera forcément à l'exentération complète. Nous retrouvons cette même idée dans la thèse de Chailloux. « Le terme de tumeur maligne n'a malheureusement rien de précis, et les symptômes cliniques seront souvent insuffisants pour indiquer la nécessité de l'exentération ».

Le point essentiel de la nouvelle méthode opératoire est *l'exentération d'arrière en avant*. Il est très aisé de ruginer l'orbite une fois le volet osseux mobilisé en avant et en dedans et lorsque le pédicule qui retient la masse des tissus au fond de l'orbite est sectionné, tout le cône orbitaire décrit un arc de cercle dans un plan vertical, puisque nous considérons le malade couché, et l'exérèse se fait simplement et complètement.

On pourrait reprocher à cette méthode de compliquer l'exentération par la section osseuse. Mais on lui pardonnera si l'on veut bien se rendre compte avec quelle facilité elle permet l'exérèse complète du contenu orbitaire. Et puis la résection osseuse est si facile quand on la fait au maillet et au ciseau. Elle ne présente pas seulement l'avantage de rendre l'opération rapide et aisée, mais elle a aussi son importance au point de vue de la cicatrice. L'ablation permanente de la paroi orbitaire externe crée un vide qui permettra le rapprochement plus facile des lambeaux cutanés.

« Comme nous l'avons déjà observé sur un autre malade présenté à la Société d'ophtalmologie au mois

de mars 1909, nous remarquons ici que la résection de la paroi externe de l'orbite a pour effet de favoriser la réparation, spécialement après l'ablation des paupières, en permettant aux téguments de la région temporale, de venir tapisser d'eux-mêmes une partie de la cavité orbitaire par une sorte d'autoplastie spontanée. En outre, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, *à priori*, l'affaissement du rebord orbitaire, résultant de cette résection et de l'abrasion du bord orbitaire externe du frontal, a pour conséquence esthétique de faire paraître moins profonde par effet de contraste, la cavité orbitaire vidée. On est véritablement étonné de constater que la déformation soit aussi peu choquante, et moindre même que celle résultant d'une simple éviscération » (Dupuy-Dutemps et Faix).

Il suffit d'examiner les photogravures pour se rendre compte combien est exacte cette assertion.

D'ailleurs, ce résultat esthétique n'a rien qui doive nous étonner. La résection permanente du trépied orbitaire externe dans l'opération de Gangolphe, n'est-elle pas en effet suivie d'une autoplastie facile et et d'un bon résultat esthétique? Et cependant la résection osseuse est beaucoup plus considérable.

Dans l'exenteratio orbito-sinusoïdalis, ne voyons-nous pas le grand délabrement osseux causé par l'abrasion des parois antérieures des sinus péri-orbitaires, aboutir à une autoplastie par glissement relativement aisée et à une cicatrice vraiment esthétique? Pour s'en convaincre, il suffit de se reporter au numéro des *Annales d'Oculistique* de décembre 1909, où Golovine présente quelques photogravures de sujets opérés par lui suivant son procédé.

VALEUR PRATIQUE DU NOUVEAU PROCÉDÉ.

Nous croyons avoir largement justifié l'originalité de la nouvelle technique opératoire du docteur Faix.

Quelle est sa valeur pratique?

Si séduisante, si logique que puisse paraître la description d'un nouveau procédé chirurgical, il est un criterium qui doit toujours servir de base pour apprécier ce qu'il vaut, ce sont les résultats opératoires.

Le procédé d'exentération qui fait l'objet de ce modeste travail ne se recommande pas seulement par sa description. Nous ne croyons pas avoir été éloquent au point de penser que nous pourrions convaincre sans preuves. Ce sont ces preuves qui constitueront la fin de notre thèse.

Nous apportons neuf observations suivies depuis presque deux ans et dont quelques-unes avec clichés. Ces observations nous les devons à l'obligeance du Docteur Dupuy-Dutemps et du Docteur Faix.

Nous les empruntons toutes à un travail que le Docteur Faix vient de publier dans le numéro de la *Revue de chirurgie* du 10 juin 1910. C'est lui, qui en nous prêtant ses feuilles d'imprimerie, nous a permis de les publier presqu'en même temps que paraîtra

son travail sur les tumeurs malignes de l'orbite; qu'il reçoive à nouveau tous nos remerciements.

Neuf observations, cela pourrait paraître peu pour un autre genre de statistique. Mais les cancers diffus de l'orbite sont choses relativement rares, et ce qui est encore plus rare, ce sont les résultats post-opératoires à longue échéance. Ce qui donne une grande valeur à la statistique des observations des Docteurs Dupuy-Dutemps et Faix, c'est précisément que l'observation la dernière en date est mise au courant un an après l'opération.

VARIATIONS DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Ainsi qu'on pourra se rendre compte, par la lecture des observations, la technique opératoire fut quelquefois, souvent même, modifiée. Ce qui doit guider un chirurgien pour opérer des tumeurs dont l'envahissement est si irrégulièrement étendu, ce n'est pas une méthode fixe.

Le principe directeur resta toujours suivi; on réséqua plus ou moins d'os, et l'on fit toujours une ablation en bloc d'arrière en avant.

C'est l'étendue ou l'absence des lésions des paupières qui modifiera le tracé de l'incision.

Si nous voulions donner un exemple où l'opération serait appliquée intégralement, sauf l'ablation des paupières, nous choisirions un sarcome de la choroïde qui vient de se diffuser dans l'orbite. Ce serait là un de ces cas-type où l'ablation en bloc d'arrière en avant de toute la masse orbitaire permettrait d'escompter de très beaux résultats post-opératoires immédiats et très éloignés.

Dans les trois premières observations, on peut voir que la technique fut suivie intégralement.

Dans toutes les autres, au contraire, au cours de

l'intervention, le Docteur Faix fut obligé d'étendre ses incisions cutanées ou ses résections osseuses pour limiter largement et complètement le processus néoplasique.

C'est ainsi que ses larges incisions cutanées le conduisirent à faire souvent des greffes pour activer la cicatrisation.

C'est ainsi qu'il fut conduit à faire sauter tout le malaire, l'arcade zygomatique, le plancher de l'orbite ou les os propres du nez.

Ces résections osseuses étendues ou ces mises à nu des sinus périorbitaires, nous les retrouvons dans d'autres observations.

Maillard (Thèses de Paris 1900-1901) publie deux observations de Morestin :

Dans la première (Observation VIII), nous voyons une suppression de l'os malaire dans presque toute son étendue, de presque tout le rebord orbitaire externe pour un épithélioma récidivé de la paupière supérieure.

Dans la deuxième (Observation IX), on trouve une résection de l'os malaire de l'arcade zygomatique, de l'apophyse orbitaire externe du frontal, de l'arcade orbitaire, pour un epithélioma de la région de l'orbite.

L'effondrement des parois orbitaires qui découvre les différents sinus périorbitaires, nous amène à parler de l'opération nouvelle préconisée par Golovine, sous le nom d' « exenteratio orbito-sinusoïdalis, » *Annales d'oculistique* décembre 1909).

Le principe de son opération consiste dans la

« transformation de l'orbite et de tous les sinus avoisinants en une seule cavité » (Golovine).

Si l'on a la conviction que les sinus sont intacts, on peut toujours borner son intervention.

Sans connaître la méthode de Golovine qui fut publiée à la Société ophtalmologique d'Odessa le 6 novembre 1907, le Docteur Faix fut conduit par la logique à pratiquer cette découverte des sinus.

Il n'en est pas moins vrai que l'exenteratio orbito-sinusoïdalis érigée en méthode, appartient entièrement au professeur d'Odessa.

INDICATIONS OPÉRATOIRES DE L'EXENTÉRATION COMPLÈTE D'ARRIÈRE EN AVANT.

Le diagnostic des tumeurs de l'orbite est quelquefois simple, presque toujours très difficile.

Ce qui est également délicat, c'est de reconnaître si l'on se trouve en présence d'une tumeur maligne ou bénigne. Cela n'est souvent possible que pendant l'opération, quand il ne faut pas avoir recours au microscope.

Le chirurgien, dans bien des cas, sera donc obligé d'intervenir avec des données vagues et incomplètes.

Il est quelques signes cliniques toutefois qui permettent de dépister la malignité d'une tumeur orbitaire.

1° *L'aspect ulcéreux et la rigidité du tissu envahi par le processus néoplastique.*

Ce symptôme ne s'observe guère que sur les paupières.

2° *L'adhérence de la tumeur avec le tissu osseux orbitaire.*

C'est là un excellent signe, le meilleur peut-être qui permette presque d'affirmer la malignité d'une tumeur de l'orbite.

Malheureusement, il n'est possible de le rechercher que lorsque la tumeur est perceptible.

3° Les douleurs.

L'élément douleur se retrouve bien aussi dans les cas de certaines tumeurs bénignes, mais pas avec la même intensité, ni la même persistance. Ces douleurs des tumeurs malignes diffuses sont parfois intolérables au point d'empêcher le malade de dormir et de manger.

Nous ne voulons pas d'ailleurs, dans ce court chapitre, faire le diagnostic différentiel des tumeurs malignes de l'orbite, mais simplement indiquer dans quels cas l'exentération d'arrière en avant paraît être un procédé de choix.

Dans la majorité des observations citées dans ce travail, la malignité de la tumeur qui a envahi l'orbite s'impose.

C'est ainsi que dans l'Observation III (malade de (M. Dupuy-Dutemps), nous voyons le sujet se présenter dans un état vraiment lamentable : Ses paupières sont envahies par le processus néoplasique ulcéreux, l'œil est complètement disparu, et on le cherche en vain dans le vide sanieux laissé entre les paupières. La peau est adhérente à tout le pourtour orbitaire; le malade ne peut ni manger, ni dormir, tant il souffre.

L'hésitation en pareil cas n'est pas possible.

Mais le plus souvent, on se trouve en présence d'un malade présentant surtout de l'exophtalmie.

Le développement de la tumeur a pu être excessivement lent ou au contraire se produire brusquement.

Le sujet est resté des années sans souffrir, et ce

n'est que depuis peu, qu'il ressent de vives douleurs.

C'est alors qu'il faut faire l'exploration directe du rebord orbitaire, avec les doigts introduits aussi profondément que possible entre le squelette et l'œil exophtalmié.

Cette manœuvre, quelquefois négative, a donné à M. Dupuy-Dutemps d'utiles renseignements pour le malade de l'observation IX. — Derrière la paupière inférieure, on sentait une tumeur assez dure, adhérente au bord inférieur de l'orbite.

Cette tumeur s'étendait du côté de la racine du nez.

Elle intéressait donc à la fois la partie externe du bord supérieur du maxillaire supérieur et la partie interne du bord supérieur de l'os malaire.

L'adhérence de la tumeur et son envahissement du côté du tissu osseux devaient faire penser à une néoplasie maligne.

L'étendue du néoplasme aurait pu faire reculer le chirurgien. Lagrange ne dit-il pas qu'il faut s'assurer si le squelette est envahi, et si la tumeur s'est propagée dans les cavités voisines, à seule fin de savoir *qu'il ne faut pas opérer*.

Les résultats post-opératoires que nous publions, légitiment amplement une intervention, à condition qu'elle soit large et complète comme le permet précisément la technique du Docteur Faix.

On peut enfin se trouver en présence d'un sarcome de la choroïde diagnostiqué et non opéré, parce que le malade a refusé toute intervention.

On assiste alors à l'évolution suivante : l'œil se

met assez rapidement en exophtalmie et devient très douloureux.

La propagation au tissu rétrobulbaire du néoplasme oculaire, semble le diagnostic le plus certain.

Dans pareil cas, l'exentération complète d'arrière en avant est un procédé qui permettra d'enlever d'un seul bloc, œil, tissus rétrobulbaires encore sains et tissus envahis.

Une telle intervention nous paraîtrait devoir comporter un pronostic favorable.

OBSERVATIONS.

Tous les malades des observations qui suivent, ont été opérés par le Docteur Faix, alors qu'il était interne dans les services des Docteurs Rochard et Ricard.

Les clichés nous ont été fournis par la maison Alcan, éditeur de la *Revue de chirurgie*, sauf ceux des observations III et IX que nous devons à l'obligeance pe notre maître Dupuy-Dutemps.

OBSERVATION I.

(*Docteur Faix*).

T.., C..., 60 ans, blanchisseuse. (Voir les fig. 1, 2, 3.)

Se présente le 6 avril 1908 à l'hôpital Saint-Louis, envoyée de province pour faire traiter une lésion épithéliomateuse de la région orbito-temporale. Elle est adressée par notre maître le Dr Thibierge dans le service de chirurgie du Dr Rochard où nous nous trouvions, et le traitement nous en est confié par notre chef.

Depuis longtemps cette malade portait au niveau de la pommette gauche une crasse sénile qui, en 1902, se transforma assez rapidement en un véritable bouton saignant facilement et atteignant rapidement l'angle externe de l'œil.

En 1904, l'œil n'étant toujours pas intéressé, son médecin lui conseille une intervention qu'elle refuse. En 1905 et 1906, elle suit les traitements de divers charlatans et empiriques, puis elle est soumise à des cautérisations répétées, au nitrate d'argent, par son pharmacien. Sous l'influence de ce traitement, développement rapide, extension à l'œil et à la région temporo-malaire. Pour la première fois, la malade commença à souffrir; elle n'a jamais subi de traitement radio-thérapique antérieur (fig. 1).

Examen à l'entrée. — Épithélioma de l'angle externe de l'œil, ayant envahi les deux paupières et la conjonctive adhérences au plan osseux sous-jacent. La malade a de ce

côté une cataracte complètement opaque, et son œil est aveugle depuis 10 ans. C'est cette circonstance qui décide cette malade extrêmement pusillanime à se laisser opérer.

Opération le 9 avril 1908. — Méthode opératoire décrite précédemment, c'est-à-dire, incision en raquette, résection de la paroi externe de l'orbite en dehors des limites d'adhérence du néoplasme, exentération en bloc d'arrière en avant avec les os adhérents. Un lambeau temporal est prélevé sur le cuir chevelu, rabattu sur l'orbite et suturé à la soie fine. Un drain est mis dans l'angle interne de l'œil, une compression légère faite avec un tampon. La plaie du cuir chevelu provenant de la taille du lambeau est réduite autant que possible par des points d'approche, et abandonnée ensuite à la cicatrisation secondaire.

Cette malade qui est rentrée chez elle, n'a pas su soigner sa plaie correctement et sous les cheveux restent quelques points de suppuration cutanée qui doivent céder à quelques pansements.

Au 1er septembre 1909, la lésion épithéliomateuse est toujours guérie, mais notre malade qui veut garder son pansement pendant des semaines et ne consent pas à se laisser raser de nouveau les cheveux, entretient une suppuration persistante, quoique peu abondante. Un petit orifice fistuleux persiste dans l'angle interne de l'orbite. Les dernières nouvelles de la malade datent de mai 1910 : toujours pas de récidive et toujours un peu de suppuration.

En résumé : Pas de récidive au bout de 26 mois. Résultat esthétique moyen par malpropreté de la malade.

PLANCHE 5

OBSERVATION I

Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

OBSERVATION II

Fig. 4. Fig. 5.

OBSERVATION II.

(*Docteur Faix*).

Gr..., 79 ans, négociant, est atteint depuis 25 ans d'une cataracte de l'œil gauche. (Voir fig. 4 et 5).

Il jouit d'une bonne santé générale, mais a vu depuis 10 ans, se développer dans le grand angle de l'œil à l'union de la paupière inférieure et de la racine du nez un gros bouton rougeâtre. La surface de ce bouton a commencé de s'ulcérer 4 ans plus tard, il s'y forme une croutelle qui, arrachée, se reproduit sans cesse. La petite tumeur saignait au moindre contact, mais sans qu'il y ait jamais eu d'hémorragie un peu abondante.

Le malade fut opéré à cette époque. On enleva la tumeur au plus près avec un lambeau de la paupière inférieure.

Deux ans plus tard, la tumeur reparut et envahit rapidement les tissus environnants. La paupière s'ulcéra dans toute sa moitié interne, et la paupière supérieure fut envahie à son tour. La conjonctive fut bientôt envahie, et l'extension se fit également vers la racine du nez.

Les bords de la tumeur étaient épaissis, saillants, violacés et durs. Le fond de l'ulcération était sanieux, bourgeonnant; la conjonctive était tuméfiée, fortement vascularisée, même ans ses portions indemnes de néoplasie. Les lésions s'étendent exactement sur la moitié interne de la conjonctive palpébrale inférieure, sur la conjonctive sclérale, sur toute la zone interne, sur la conjonctive palpébrale supérieure dans la région correspondante. La caroncule lacrymale est atteinte. Cet œil est atteint d'une cataracte ancienne avec opacité complète (fig. 4).

Le fait ne contribue pas peu à décider le malade au sacrifice de son œil que nous lui conseillons vivem ent.

Opération le 15 avril 1908. — Technique opératoire semblable. Incision en raquette. Exentération d'arrière en avant. Suture de la peau. La cavité orbitaire est comblée dans la première quinzaine de mai, soit en un mois.

Les dernières visites du malade datent du mois de décembre 1909. — Pas de récidive.

En résumé : Pas de récidive après 20 mois. Résultat esthétique bon (fig. 5.)

OBSERVATION III.

(*Docteurs Dupuy-Dutemps et Faix*)

L. Simon, 68 ans, porteur aux Halles. Voir (Fig. 6 et 7).

Histoire de la maladie. — Il y a environ cinq ans, il commence à souffrir de l'œil droit, et sa vue se trouble. — Douleurs peu importantes, vagues élancements dans l'œil et les paupières.

Dès ce moment, apparaît dans l'angle interne une petite tumeur rouge violacé, de la taille d'un petit pois. Cette tumeur finit par envahir tout le pourtour de l'œil. La vue baisse de plus en plus; la cécité est absolue au bout de la deuxième année environ.

Aux élancements peu fréquents du début succèdent des douleurs continues, qui augmentant toujours, finirent par causer une insomnie complète. Ces souffrances, dit le malade, étaient nettement localisées dans l'œil droit, sans irradiation La tumeur s'ulcère pendant ce temps.

Examen à l'entrée. — On aperçoit à travers la fente palpébrale élargie une masse rougeâtre, irrégulière et secrétante. Le globe de l'œil est invisible. La paupière inférieure est enva-

PLANCHE 6

Observation III.

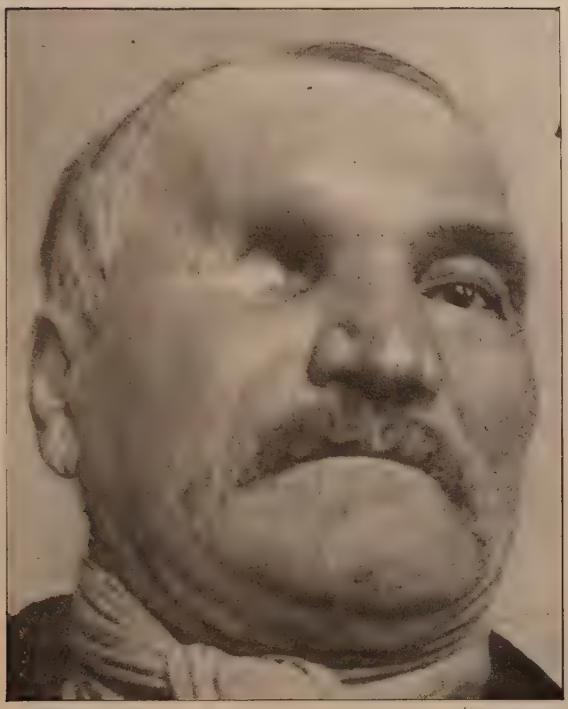

Fig. 6

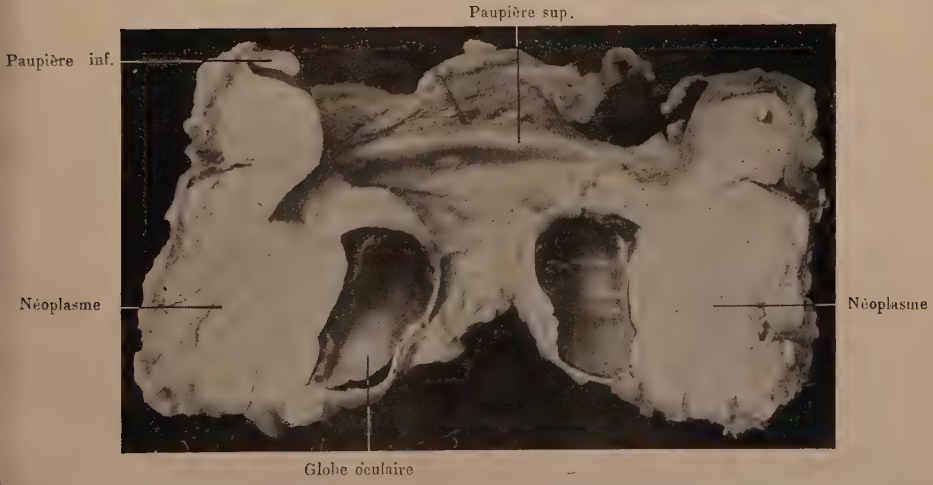

Fig. 7. — La pièce est coupée en deux suivant l'axe de l'orbite, la paupière supérieure intacte servant de charnière.

hie par le processus néoplasique. La tumeur évidemment de nature maligne paraît remplir tout l'orbite. Pas d'adénopathies. — Le malade souffre tellement qu'il ne peut ni manger, ni dormir; aussi accepte-t-il l'opération avec empressement.

Opération le 18 mai 1908 par le docteur Faix. — La technique opératoire est toujours celle décrite précédemment. L'opération est très bien supportée par le malade qui sort de l'hôpital le 21 mai et vient chaque matin se faire panser. A l'occasion de greffes de Tiersch faites à un autre malade, avivement des bourgeons charnus de l'orbite à la curette et sans anesthésie, application d'une greffe dermo-épidermique sur la surface cruentée. La greffe prend.

Examen histologique par le docteur Durante. — Epithélioma tubulé d'origine malpighienne.

Cette tumeur qui s'est développée sur la conjonctive après avoir eu un point de départ cutané, a refoulé l'œil, comme le montre la photographie macroscopique de la pièce, fig. 7.

C'est un épithélioma tubulé avec forte réaction d'infiltration. Grand nombre de petites cellules. Certaines cellules épithéliales deviennent fusiformes, et sont remplies d'éléments embryonnaires.

A la périphérie, réaction inflammatoire, secondaire aux infections banales surajoutées sur toute la surface.

Huit mois après l'intervention, pas de récidive.

Le 30 août 1909, c'est-à-dire 15 mois après l'intervention, léger point de récidive au fond de la cavité. — Le malade est en traitement actuellement par la radiothérapie.

OBSERVATION IV.

(*Docteur Faix*)

R... âgé de 71 ans, hospitalisé à Ivry

Entré le 22 septembre 1908, salle Dupuytren, à Saint-Antoine.

Depuis le mois de juin 1908, il a commencé à souffrir au niveau de la mâchoire supérieure et attribua ces douleurs à une mauvaise dent. Bientôt toute la douleur s'étendit à la partie supérieure gauche de la face, et un certain gonflement devint appréciable. Les souffrances augmentant d'intensité l'empêchent de dormir. La tuméfaction augmente au niveau de la partie inférieure de l'orbite et dans la région sous-orbitaire.

Sur un diagnostic d'érysipèle, il est envoyé à Aubervilliers.

Soigné là pendant seize jours, il voit s'ouvrir spontanément cette tuméfaction vers l'angle externe de l'œil. Il s'établit un écoulement purulent abondant qui dure 15 jours environ, puis diminue. Ces lésions ont évolué presque sans fièvre. Les douleurs nocturnes et l'insomnie augmentent notablement.

Il consulte un ophtalmologiste qui pense à une lésion osseuse et conseille un grattage ; de même un dentiste, qui lui extrait la dent incriminée.

A l'entrée. — A son entrée à Saint-Antoine le 22 septembre 1908, ce malade est porteur un peu au-dessus de la pommette gauche, d'une large tumeur ulcérée de la dimension d'une pièce de 5 francs descendant jusqu'à la paupière inférieure qu'elle a envahie. Elle est limitée de tous côtés par des bords durs, éversés, le bord supérieur débordant sur la conjonctive. La surface est rougeâtre, bourgeonnante.

Au centre, plusieurs orifices, dont un surtout laisse à la moindre pression, s'écouler du pus en abondance. Autour de

cette tumeur, la peau est rouge et tuméfiée, les paupières œdématiées.

Opération le 3 octobre 1908. — Procédé du Docteur Faix. — En outre de la technique décrite, on découvre le maxillaire supérieur à la rugine et on sectionne les apophyses à la pince coupante. Suture cutanée par rapprochement des lambeaux

Examen histologique par le docteur Rubens-Duval. — Les coupes font penser qu'il s'agit d'une tumeur de la peau infiltrée dans la profondeur.

La tumeur qui est un épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques cornés se contiuue insensiblement avec l'épiderme cutané qui n'a pas encore subi de modifications néoplasiques.

Les cellules présentent tous les caractères cytologiques des néoplasies malignes.

Le stroma conjonctif de la tumeur est dense et sclérosé et infiltré de très nombreuses cellules migratrices dont l'afflux répond sans doute en grande partie aux infections secondaires, parties des surfaces ulcérées où l'on observe aussi sur une faible épaisseur, un véritable tissu de bourgeons charnus.

La tumeur existe seule entre la muqueuse et la peau. On ne retrouve aucune trace des tissus qui pourraient s'y rencontrer, aucun vestige de tissu osseux ou musculaire par exemple.

Suites opératoires très simples; le malade se lève le lendemain matin et ne souffre plus.

Toutefois, cette intervention où la curette a joué un rôle, ne satisfait pas l'esprit au point de vue chirurgical. Les limites du mal n'ont pas été assez largement dépassées.

Fulguration. — Le 17 octobre, sous anesthésie générale, curettage soigneux et fulguration par le Docteur Bizard.

Le quatrième jour, la plaie a bon aspect; elle est rosée, pas de caillot.

Le 20 novembre, le malade est revu à Chartres par le Docteur Manoury qui constate l'absence de trace de récidive.

Le 1er décembre. — Quelques bourgeons semblent douteux; ils sont extirpés à la curette sous anesthésie générale, et deuxième fulguration de dix minutes.

Examen histologique (Rubens-Duval). — Épithélioma pavimenteux lobulé à gros lobes irréguliers.

Le 22 décembre, retouche au bistouri et ablation des endroits suspects qui sont sur la cloison des fosses nasales et sur la partie inféro-externe.

Nouvelle fulguration. — La cicatrisation s'effectue rapidement, le 15 janvier l'épiderme, et la muqueuse sont au contact.

Après deux autoplasties avec deux lambeaux pris l'un sur la tempe et l'autre sur la joue. Le résultat obtenu est très satisfaisant, et l'énorme perte de substance est comblée.

Au 15 novembre 1909 bien portant et pas de récidive.

OBSERVATION V.

(*Docteur Faix*).

Cl..., 66 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine pour se faire opérer d'une tumeur de l'angle interne de l'œil droit dont il souffre depuis plusieurs années.

Début il y a 5 ou 6 ans sur le côté droit de la racine du nez, par une petite tumeur de teinte noirâtre, survenue insidieusement, sans la moindre douleur. Le malade ne s'en inquiète

PLANCHE 7

Observation IV.

Fig. 8. Fig. 9. Fig. 10.

Observation V.

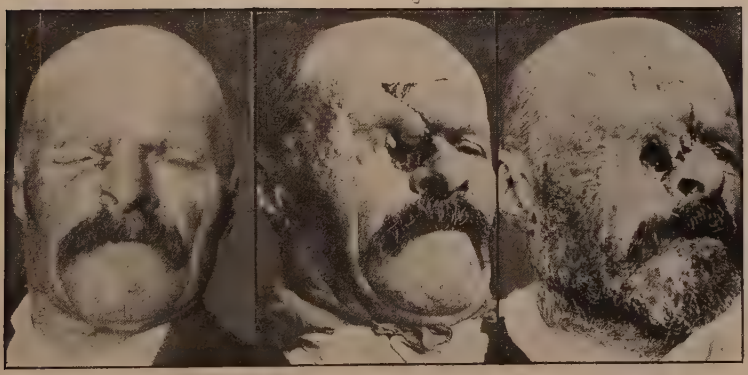

Fig. 11. Fig. 12. Fih. 13.

d'abord pas ; il en fait même l'ablation avec son ongle. Aucun élancement, aucune douleur.

La tumeur ayant grossi au bout de quelques mois, il consulte un médecin qui le traite pendant longtemps au thermocautère. Il consulte le Dr Témoin au bout d'un an et demi environ. Ce dernier l'opère à Bourges, vers novembre 1906. Le malade ne se rappelle pas exactement la date de l'opération.

Il sort de l'hôpital guéri. Au bout de 6 mois, de petits élancements apparurent et une tumeur analogue à la première se manifeste sur la paroi nasale droite. L'orbite est peu à peu envahi, la paupière inférieure finit par être complètement collée à la paupière supérieure ; des points de suppuration se produisent entre les deux paupières. L'aile du nez est tirée, bridée par une cicatrice assez considérable. Le malade souffre un peu, mais n'est nullement cachectique (fig. 11).

Opération le 5 novembre 1908. — Procédé décrit précédemment. On fait en outre l'ablation de l'os propre du nez et séparation du squelette cartilagineux du côté droit, et aussi une résection de la masse latérale droite de l'ethmoïde. La brèche opératoire est comblée par un lambeau frontal.

Examen histologique (Rubens Duval). — La coupe présente deux portions : l'une où l'épiderme recouvre un tégument déjà envahi par le cancer ; l'autre où l'épiderme fait défaut et où une ulcération creuse le néoplasme.

Le tégument présente tous les caractères de la peau sénile, et c'est dans cette peau atrophique et scléreuse que s'est développé l'épithélioma.

C'est un épithélioma malpighien tubulé, formé de tubes irréguliers, mais en général, assez volumineux. Les cellules qui constituent les tubes épithéliomateux, sont de type embryonnaire. Elles se sont fusionnées en une masse plasmo-

diale indivise. Dans ce plasmode épithélial, les noyaux sont extrêmement nombreux et rapprochés, de sorte que le protoplasme disparaît presque. Les tubes épithéliaux végètent dans un stroma conjonctif très dense et scléreux. Ils dépassent le derme et pénètrent dans les muscles striés sous-jacents qui disparaissent d'ailleurs du fait du processus néoplasique et du fait du tissu de sclérose qui les étouffe.

Un processus inflammatoire occasionné par les infections secondaires se surajoute et se traduit par un apport de nombreux mononucléaires.

Suites opératoires. — Le malade se lève le lendemain.

Le 19 novembre, la plaie a bon aspect.

Le 5 décembre, on lui fait une autoplastie à deux lambeaux frontal et jugal pour fermer la racine du nez.

Au bout de 8 jours, le malade rentre chez lui.

Son médecin, à la date du 15 novembre 1909, nous confirme l'absence de récidive, mais ne peut décider le malade à se faire photographier.

OBSERVATION VI.

(*Docteur Faix.*)

S... 77 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 15 décembre 1908.

Il y a une quinzaine d'années, la lésion a débuté par un petit bouton dans la région sous-orbitaire, à la suite d'un eczéma.

Cette petite lésion était recouverte d'une croutelle qui tombait et se reproduisait, sans qu'il y eut saignement.

En 5 à 6 mois, le malade qui s'est écorché à ce niveau, a vu sa lésion grandir, et atteindre la dimension d'une pièce de deux francs.

En octobre 1903, exérèse chirurgicale et suture ; réunion *per primam*. Deux ans de répit, puis récidive par un noyau sous-cutané qui s'ulcère et se recouvre de croûtes.

En septembre 1905, à Saint-Louis, on l'opère à nouveau ; — cicatrisation secondaire rapide et encore deux ans sans récidive.

A ce moment, le malade reçoit un coup violent sur sa cicatrice ; un morceau de bois y pénètre même.

Cette plaie ne se cicatrise pas, et le malade entre dans le service du Docteur Beclère pour y suivre un traitement radiothérapique.

Il y fait un séjour de 4 mois, traité par le Docteur Jeaugas.

Les lésions ont progressé, malgré la radiothérapie.

Etat à l'entrée. — Vaste ulcération creusée, à bords surélevés, ayant autour de ces bords une zone inflammatoire.

Elle s'étend du sillon orbito-nasal à la partie postérieure du malaire qui est atteint, les plans cutanés lui adhérant.

La paupière supérieure est infiltrée ; la paupière inférieure est disparue et le globe de l'œil est comme suspendu au dessus d'une cavité anfractueuse et sanieuse.

Au-dessous de cette cavité, l'ulcération qui descend jusqu'à une ligne horizontale passant par l'aile du nez, est à fond sanieux avec des bourgeons épithéliaux durs et saignant facilement.

Pas de ganglions, ni pré-auriculaires, ni sous-maxillaires.

Opération, le 22 décembre 1908. — Toujours procédé décrit. — Comme complément, on resèque l'apophyse zygomatique et la partie supérieure du maxillaire supérieur. Quelques points de rapprochement sont faits sur les lambeaux externes.

Fulguration de 10 à 12 minutes par le Docteur Bizard.

Pansement à plat.

Examen histologique. (Docteur Rubens Duval).

La coupe examinée intéresse un bloc de sclérose extrêmement dense, où s'infiltre néanmoins quelques boyaux cellulaires. On reconnaît un épithélioma du type embryonnaire. Les boyaux épithéliomateux acquièrent en certains points un volume assez considérable, mais le plus souvent, ils sont réduits à de grêles cordons cellulaires souvent segmentés en tronçons. Çà et là, quelques cellules cancéreuses s'infiltrent par petits groupes dans les mailles du tissu conjonctif, suivant le type du carcinome.

Le stroma conjonctif de la tumeur est extrêmement développé; il existe une véritable sclérose hypertrophique, et cette sclérose forme la majeure partie du tissu de la tumeur.

Suites opératoires. — Ni douleur, ni fièvre depuis l'opération.

Hémorragie le lendemain, vite arrêtée, mais l'écoulement séreux est devenu très abondant; toute la plaie en est couverte.

Fond rougeâtre; bon état général le 28 décembre.

Le malade quitte l'hôpital et vient se faire voir tous les 15 jours.

Au 15 janvier 1909, sa plaie a bonne apparence, et s'est beaucoup réduite.

On pourra bientôt lui faire des greffes. Son aspect est celui de la figure 14. Il rentre le 9 mars, et le 11, on pratique l'intervention sous chloroforme.

Une collerette est disséquée autour de l'orifice, face cruentée au dehors. Sous la collerette, un drain de petit calibre est placé et fixé par un point de catgut; le drain passe par les fosses nasales et sort par la bouche.

Sur cette collerette, un lambeau temporal est appliqué après torsion de son pédicule.

Revu le 15 décembre 1909, le malade est en bon état, et sa guérison se maintent parfaitement (fig. 15).

PLANCHE 8.

Observation VI.

Fig. 14. Fig. 15.

Observation VII.

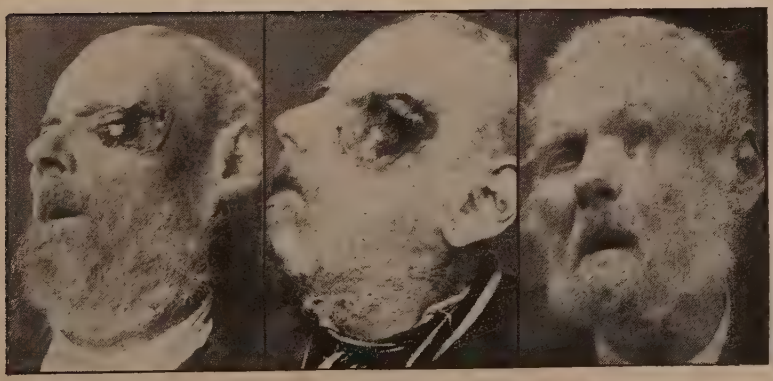

Fig. 16. Fig. 17. Fig. 18.

OBSERVATION VII.

(*Docteur Faix*).

A..., Moïse, 74 ans, entre à Saint-Antoine le 20 février 1909. Ce malade entre pour une ulcération cancéreuse de l'œil et de la cavité orbitaire gauche.

Cette ulcération a débuté en mai 1907, à l'angle externe de la paupière gauche, à la suite, dit-il, d'une éraflure causée par un accident de voiture. L'ulcération a gagné progressivement.

Elle a la forme actuellement d'une pyramide à base triangulaire dont le sommet viendrait coïncider avec le nerf optique.

La peau, les muscles, les os sont intéressés.

Le bord externe violacé, est limité par un bourrelet bourgeonnant induré sur une largeur d'environ 2 centimètres. La peau adhérente aux plans profonds est infiltrée, croûtelleuse et légèrement suitante.

La paupière supérieure est conservée, sauf dans son quart externe, et quoique très violacée, elle n'est pas infiltrée, et ne présente qu'une légère induration sur une petite surface de sa tranche externe.

Le bord inférieur est net; les pommettes ne sont pas déformées, ni rouges.

La paupière inférieure a presque complètement disparu; il n'en reste qu'une légère languette recouvrant l'orifice du canal lacrymal qui laisse suinter continuellement des larmes.

Les muscles oculaires droit externe, grand oblique ont disparu complètement.

La lésion osseuse intéresse exclusivement le malaire.

La nécrose, profonde sur toute l'arête qui constitue le bord inféro-externe de l'orbite, gagne dans tous les sens et surtout du côté de l'arcade zygomatique et du maxillaire supérieur.

L'œil privé de ses muscles est immobile, par suite, n'a que des perceptions lumineuses.

La surface ulcéreuse est bourgeonnante sur ses bords, saignante dans sa profondeur, caséeuse aux alentours du malaire.

On aperçoit nettement dans le fond de l'orbite, le nerf optique bleu nacré qui tranche sur les restes sanguinolents des muscles de l'œil (fig. 16).

Opération le 27 février 1909. — Même technique. — Les résections osseuses sont plus étendues; on tranche en effet au ciseau l'union du malaire et du maxillaire supérieur, l'apophyse zygomatique, la paroi externe de l'orbite.

Le tout est enlevé en bloc d'arrière en avant.

Fulguration d'un quart d'heure par le Docteur Bizard.

Pansement sec, mèche de gaze stérilisée, fortement tassée dans l'orbite.

Le malade se lève trois heures après l'intervention.

Écoulement de lymphe assez abondant.

La plaie ne tarde pas à se couvrir d'une escarre peu épaisse qui se détache en sept à huit jours.

Au-dessous, bourgeons assez pâles et peu actifs.

Le 25 mars, la plaie est détergée, mais non apte encor à une réparation autoplastique.

Le 1er avril, large autoplastie aux dépens de la région fronto-temporale par lambeau à pédicule externe.

La paroi externe des fosses nasales du côté correspondant a été ouverte pour assurer le drainage.

La plaie temporale reste à vif et nécessitera sans doute l'application de greffes de Tiersch.

Ce malade a préféré attendre une cicatrisation secondaire. Revu le 30 novembre 1909, il est cicatrisé en bon état, sans trace de récidive (fig. 18).

OBSERVATION VIII

(*Docteur Faix*).

D..., 76 ans, graveur. Sans antécédents remarquables, sauf il y a six mois, le début d'une polynévrite d'une origine indéterminée.

Histoire de la maladie. — Il y a environ dix ans, que la malade s'était aperçu qu'à l'angle interne de l'œil droit, il portait un tout petit point noir. Il alla immédiatement consulter à Lariboisière où on le traita par l'arsenic. Le traitement ne fit pas rétrocéder le mal qui resta stationnaire jusqu'à il y a environ deux ans. C'est à ce moment que l'ulcération se produisit et commença à s'étendre du côté de l'œil.

Depuis un an, il suit un traitement radiothérapique, mais celui-ci reste sans effet, et l'ulcération continue à progresser de plus en plus, envahissant le côté droit de la racine du nez.

Il y a deux mois, les lésions se mirent à s'étendre avec plus de rapidité, surtout du côté de l'œil, qu'il ne peut plus ouvrir du tout.

Jusqu'à il y a huit jours, l'affection a évolué tout à fait sans douleurs.

Mais depuis une semaine, le malade ressent des douleurs lancinantes localisées à la plaie.

Opération le 6 mars 1909. — Même technique. Le malaire est sectionné et enlevé en même temps que l'apophyse montante du maxillaire supérieure.

Fulguration de 10 minutes (Bizard).

Le malade s'est levé le soir un instant.

Mais brusquement le cinquième jour, 40°, signes de pneumonie et de congestion pulmonaire. Décès dans la nuit. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION IX.

(Docteurs Dupuy-Dutemps et Faix)

L...,. Pierre 70 ans, homme de peine, entre le 28 avril 1909 à Saint-Antoine. Il nous est amené par le docteur Dupuy-Dutemps qui désire le faire hospitaliser. Voici son observation qui nous est donnée aimablement par M. Dupuy-Dutemps.

« Au mois de juin 1905, il reçoit dans l'œil gauche une escarbille en ignition provenant d'une locomotive.

A la suite de ce traumatisme se produisit une kératite suppurée qui fut traitée dans un service d'ophtalmologie. Au cours du traitement, on pratiqua le cathétérisme, et la désinfection des voies lacrymales de ce côté.

Une injection de protargol fut poussée accidentellement dans le tissu cellulaire, d'où un œdème considérable qui disparut rapidement, mais il persista une teinte ardoisée de la peau de cette paupière par suite de l'imprégnation argentique indélébile.

Pas de plaie pénétrante de l'orbite, ni de panophtalmie. Lorsque je vis le malade au mois d'août 1906, l'infection était enrayée, mais la cornée presqu'entièrement détruite, formait un staphylome très proéminent qui se perforait fréquemment. La vision était perdue.

On avait proposé au malade l'ablation du segment antérieur de l'œil ou l'énucléation, mais il s'était refusé à ces interventions.

Je me bornai donc à pratiquer l'extraction du cristallin qui, dans plusieurs cas analogues, m'avait suffi pour amener l'affaissement de l'ectasie cornéenne. A la suite de cette petite intervention, la cornée se rétracta; il persista pendant un mois une plaie sclérale qui se ferma lentement.

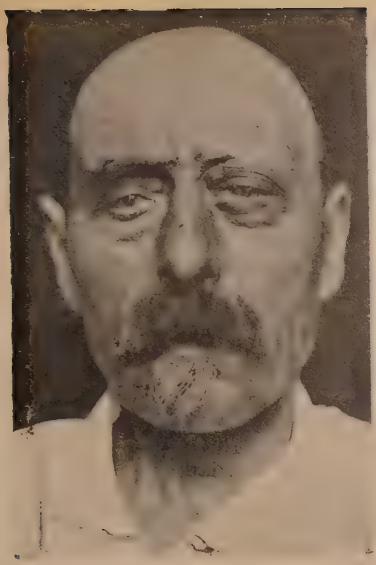

Fig. 19

Fig. 20

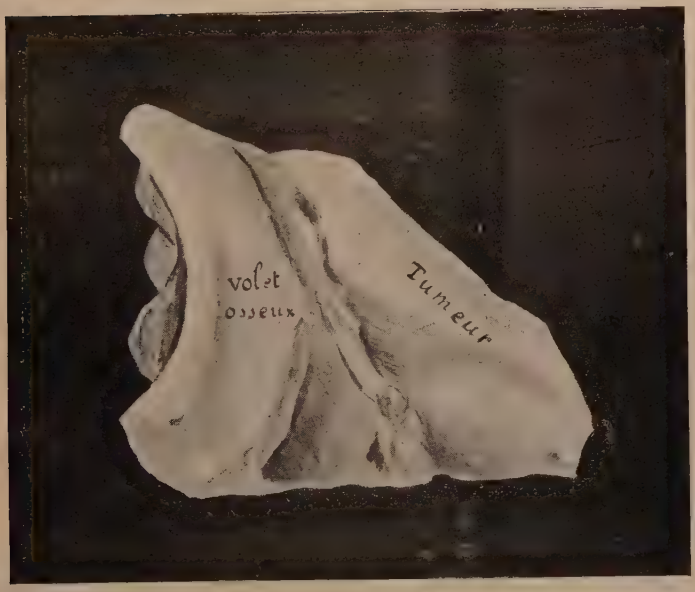

Fig. 21. — Pièce anatomo-pathol. de l'observ. IX vue de profil.
(Toute la masse orbitaire est intacte).

Fig. 22. — Pièce anatomo-pathol. de l'obs. IX fendue par sa face inf. et ouverte comme un livre. La paupière supérieure sert de charnière en haut de la figure.

Le malade conserva son œil de volume normal, sauf la cornée qui était représentée par un petit nodule cicatriciel. Pas de douleur, ni d'inflammation de cet œil par la suite.

Depuis cette époque, j'avais revu le malade, il ya deux ans en bon état.

Au mois d'avril 1909, il se présenta à ma consultation de Saint-Antoine.

A l'examen, le globe oculaire gauche, est en légère exophtalmie, refoulé en haut par une tumeur qu'on sentait par la palpation au niveau du plancher de l'orbite.

L'œil est irréductible; la paupière inférieure légèrement œdematiée, formant une voussure très marquée (fig. 19).

La paupière, la conjonctive et l'œil étaient indépendants de cette tumeur fixe qu'on sentait adhérente au plancher de l'orbite.

Pas de douleurs; pas d'adénopathies cervico-faciales.

Les fosses nasales sont libres. Etat général, bon.

Aucun signe de tumeur viscérale.

Opération le 29 avril 1909. — Toujours même technique. Le plancher de l'orbite est dans le cas particulier réséqué jusque dans sa partie interne, découvrant les fosses nasales et le sinus maxillaire qui paraissent sains. Exentération d'arrière en avant. Suture des lambeaux, tamponnement, drainage.

La malade se lève le soir même et revient se faire panser régulièrement.

Le malade fut photographié 4 mois après (fig. 20).

Pas trace de récidive. Il reste un orifice dans la partie inférieure de la cicatrice.

Le malade est revenu en mai 1910, à Saint-Antoine; il ne présente pas trace de récidive, malgré la malignité de la tumeur qui lui fut enlevée.

L'orifice fistuleux s'est rétréci; il faudra peut-être faire une

petite autoplastie, suivant le procédé préconisé par Morestin.

Examen histologiqae. — Le néoplasme est formé d'un stroma conjonctif et d'éléments épithéliaux. Le tissu conjonctif est peu vasculaire. Dans certains points, il est abondant, dense, fibreux, donnant à la tumeur un aspect squirrheux. Ailleurs, il est rare, ne formant que de minces travées entre les formations épithéliales.

Celles-ci, de dimensions très variables, de forme arrondie, allongées ou ramifiées, quand elles sont de grande étendue, sont constituées pour la plupart par un revêtement épithéliale limitant une cavité centrale. Dans cette cavité centrale, sont accumulés des débris de noyaux et de cellules nécrosées provenant de la desquammation des couches épithéliales les plusinternes.

A côté de ces formations, existent en moins grand nombre, des cylindres épithéliaux pleins, toujours de petite dimension.

D'autres bourgeons plus développés, présentent à leur centre des cellules en voie de nécrose : ils constituent évidemment une forme de passage entre les bourgeons jeunes pleins et les formations cavitaires.

M. Brault qui a bien voulu examiner nos préparations, nous a dit avoir observé des épithéliomas de cette forme développés dans le sinus maxillaire ou à son voisinage.

La tumeur semble donc avoir un point de [illegible] dans un epithelium de revêtement d'origine ectodermique.

Or, tous les organes épthéliaux de la région étaient sains.

L'absence de tumeur localisée à d'autres organes élimine les métastases.

On est donc conduit à l'hypothèse d'une inclusion ectodermique qui aurait donné naissance à la tumeur orbitaire.

CONCLUSIONS.

La résection de la paroi orbitaire externe et l'exentération en bloc d'arrière en avant de tout le cône orbitaire, nous paraît devoir être mis en œuvre dans tous les cas où l'exentération complète trouve son indication pour tumeur maligne.

1° « L'ablation définitive du volet osseux a pour effet de favoriser la réparation, spécialement après l'ablation des paupières, en permettant aux téguments de la région temporale de venir tapisser d'eux-mêmes une partie de la cavité orbitaire par une sorte d'autoplastie spontanée »

(Dupuy-Dutemps et Faix. Société d'ophtalmologie de Paris, [illegible]mbre 1909).

2° Cette disparition du rebord orbitaire externe très saillant n'entraîne pas, comme on pourrait le croire, une difformité après la cicatrice. Il atténue au contraire cette excavation profonde, très choquante qu'on observe avec le procédé classique d'exentération.

3° Ce qui est capital, c'est que la résection osseuse est surtout d'une importance très grande pour la large

voie qu'elle ouvre dans l'orbite. Elle donne toute facilité, toute aisance pour explorer et disséquer l'orbite ; et seule, enfin, elle permet d'en énucléer tout le contenu en bloc d'arrière en avant *sans morceller la tumeur*, condition essentielle de succès dans l'extirpation des cancers profonds.

Ce nouveau procédé d'exentération ne se recommande pas seulement par la logique de sa technique d'exécution, mais par les beaux résultats qu'il a donnés au docteur Faix et qu'on trouve exposés dans les observations.

Vu : le président de thèse,
DE LAPERSONNE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE.

Annales d'oculistique(Décembre 1909). — Exenteratio orbito-sinusoïdalis. — S. Golovine.

Archives d'ophtalmologie (1898, p. 979). — Procédé de clôture plastique de l'orbite. — S. Golovine.

Archives d'ophtalmologie (juin 1909). — Vingt-deux observations de tumeurs de l'orbite, par le professeur Rollet de Lyon.

Archives d'ophtalmologie (mai 1910). — Pronostic des cancers primitifs de l'orbite, par le professeur Rollet de Lyon.

Dugenet. — Thèse de Paris (1852) Des tumeurs de l'orbite.

Demarquay. — Thèse de Paris (1853) Des tumeurs de l'orbite.

Bogros. — Thèse de Paris (1854) Des tumeurs de l'orbite

Chailloux. — Thèse de Paris (1900-01). L'opération de Krönlein dans les affections de l'orbite.

Clomenil (de). — Thèse de Paris 1902-03) Tumeurs de l'orbite.

Congrès français d'ophtalmologie (1910). — Communication de M. le Professeur Rollet, sur les cancers de l'orbite.

Faix. — Tumeurs malignes de l'orbite (Revue de Chirugie juin 1910.

Fuchs. — Manuel d'ophtalmologie.

Lagrange et Aubaret. — Gazette hebdomadaire d. soc med. de Bordeaux (1908, p. 126). « Tumeur maligne de l'orbite opérée par le procédé de Krönlein, guérison rapide ».

Lagrange. — Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes.

Maillard. — Thèse Paris (1900-01).

Richet. — Recueil d'ophtalmologie (juin 1876).

Recueil d'ophtalmologie. — Séance de la Société d'ophtalmologie de Paris (2 novembre 1909). « Epithélioma de l'orbite. Exentération totale (par MM. Dupuy-Dutemps et Faix).

Recueil de chirugie, (juin 1910). — (Quinze cas de tumeurs malignes de l'orbite par le Dr Faix).

Terrien. — Chirugie de l'œil et des annexes.

Valude. — Traité de chirugie oculaire.

Van Merris. — Thèse de Lyon (1901). De la résection du trépied orbitaire externe).

PARIS

Imprimerie JOUVE et Cie, 15, Rue Racine.

105

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE